



## Informe de pago mensual

**Funcionario:** Anais Navarrete González ✓

**Cargo:** Coordinadora de Servicio de Atención Domiciliaria del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Padre Hurtado.

**Mes correspondiente:** JUNIO 2026 ✓

### Cometidos solicitados según contrato:

- Reclutamiento y selección de las asistentes de cuidado.
- Organizar reuniones mensuales y gestionar los procesos de formación continua de las
- asistentes de cuidado.
- Mantener actualizada la plataforma PRLAC
- Asistencia en reuniones y capacitaciones de MDSF.
- Aplicación de encuestas de satisfacción y supervisiones.
- Administración y gestión del recurso humano SAD

- **Reclutamiento y selección de las asistentes de cuidado.**

Proceso de selección finalizado, ya están contratadas 8 asistentes de cuidados, completando así, la nómina que solicita el MDSF.

- ❖ Alondra Lefno ✓
- ❖ Tamara Campos
- ❖ Constanza González
- ❖ Patricia Martínez
- ❖ Constanza Soto
- ❖ Maria Jose Cancino
- ❖ Mónica Rivera
- ❖ Hellen Fuentes

- **Organizar reuniones mensuales y gestionar los procesos de formación continua de las asistentes de cuidado**

Durante el mes de junio de 2026 no se ejecutaron capacitaciones formales por parte del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. No obstante, el cometido se dio cumplimiento a través de la realización de reuniones técnicas de equipo del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD),



Se organizaron reuniones con fechas 05,10,12,17 y 19 de junio de 2026.

Se adjunta acta de reunión. ✓

- **Mantener actualizada la plataforma PRLAC**

Cometido en ejecución permanente. Se mantiene el registro y monitoreo de atenciones, cobertura y gestión del programa mediante la plataforma del MIDESO, permitiendo la trazabilidad y supervisión del servicio.

- **Asistencia en reuniones y capacitaciones de MDSF..**

En el mes de junio de 2026 no se realizaron capacitaciones por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO/MDSF).

Participó en reunión de red comunal realizada el 03 de junio del 2026.

Se adjunta acta de reunión. ✓

- **Aplicación de encuestas de satisfacción y supervisiones.**

Durante el mes de junio de 2026, este cometido se ejecutó de manera parcial.

En terreno se realizó:

6 Encuesta de satisfacción al usuario/a del Servicio de Atención Domiciliaria.

2 Actualización del plan de cuidados

2 acta de supervisiones

2 compromiso de participación

2 plan de cuidados

Se adjunta Documentos.



**DIDECO**  
Dirección de Desarrollo Comunitario

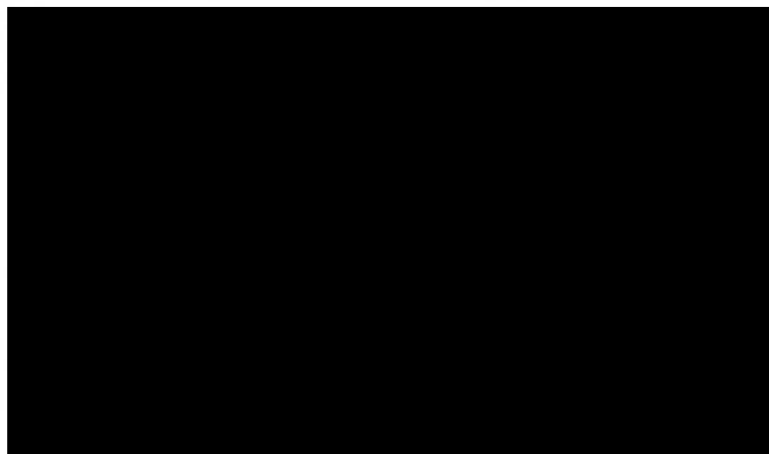


PROGRAMA  
**Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados**

- **Administración y gestión del recurso humano SAD.**

Cometido en ejecución permanente, coordinando horarios, distribución de usuarios, supervisión de funciones, movilización del equipo y apoyo operativo a las asistentes de cuidado.

✓



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 05/06/2026 ✓  
Hora 14:00 o 17:00  
Comuna Padre Hurtado  
Lugar de realización Censo Relipala P08.



Red Local de Apoyos y Cuidados

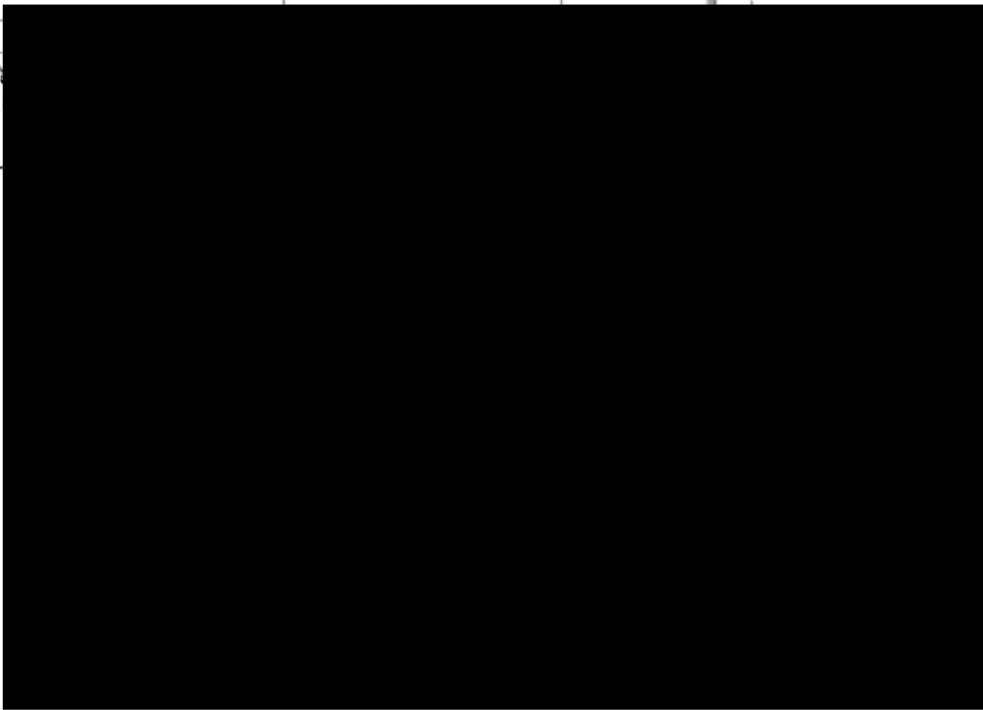
Participantes

| Nombre Apellido     | Cargo, institución o Programa | Correo electrónico |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|
| TAMAR CAMPOS        | Asistente de cuidado          |                    |
| CONSTANZA SOTO      | A.C                           |                    |
| MARIELA DIVERSA     | A.C                           |                    |
| Nellin Fuentes      | Asistente de cuidado          |                    |
| ANALIS NAVARRETE    | Coordinadora SAI              |                    |
| CONSTANZA POZALES   | A.C                           |                    |
| PATRICIA MARTINEZ   | A.C y Psicóloga               |                    |
| Alondra Iepino      | A.C                           |                    |
| M. JOSE GARCIA PEÑA | Asistente de cuidado          |                    |
| EIMMA MERCADO       | A.C                           |                    |
|                     |                               |                    |
|                     |                               |                    |
|                     |                               |                    |
|                     |                               |                    |

| N° | Temas a tratar en reunión            |
|----|--------------------------------------|
| 1  | Gestión de casos                     |
| 2  | Registro de Atenciones en plataforma |
|    |                                      |
|    |                                      |
|    |                                      |

| Desarrollo |
|------------|
|            |
|            |
|            |

| N° | Acuerdos / compromisos | Responsable | Plazos |
|----|------------------------|-------------|--------|
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |







FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha: 12/06/2026 ✓

Hora: 14:00 a 17:00

Comuna: Pobre Hurtado

Lugar de realización: Caserno Tulipilla pos

Participantes:



Red Local de Apoyos y Cuidados

| Nombre Apellido     | Cargo, institución o Programa | Correo electrónico |
|---------------------|-------------------------------|--------------------|
| Alondra Iefno       | A.C                           |                    |
| Patricia Martínez   | A.C + Pedagogía               |                    |
| Nº Jose Guisao Peña | Asistente ciudad              |                    |
| Constanza Ponzalez  | A.C                           |                    |
| Hellen Puentes      | A.C                           |                    |
| Monica Rivera       | A.C                           |                    |
| Maria Naranjo       | Coordinadora Sd               |                    |
| Tamara Campos       | A.C                           |                    |
| Constanza Soto      | A.C                           |                    |
| EIMM+ Nercha        | Asistente de ciudad           |                    |
|                     |                               |                    |
|                     |                               |                    |
|                     |                               |                    |
|                     |                               |                    |

| Nº | Temas a tratar en reunión            |
|----|--------------------------------------|
| 1  | gestión de casos                     |
| 2  | registro de Atenciones en plataforma |
|    |                                      |
|    |                                      |
|    |                                      |

| Desarrollo |
|------------|
|            |
|            |
|            |

| Nº | Acuerdos / compromisos | Responsable | Plazos |
|----|------------------------|-------------|--------|
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |



FO PR 01 ACTA DE REUNIÓN

Fecha 17/06/2026 ✓  
Hora 14:00 a 17:00  
Comuna Padre Hurtado  
Lugar de realización Camino Jelskilla 908



Red Local de Apoyos y Cuidados

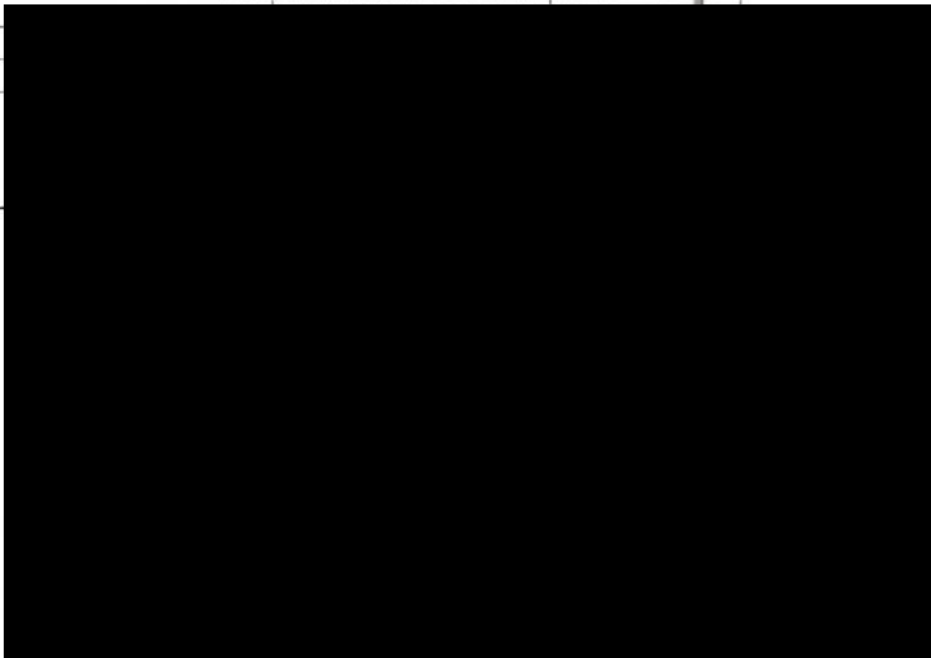
Participantes

| Nombre Apellido    | Cargo, institución o Programa | Correo electrónico |
|--------------------|-------------------------------|--------------------|
| Mónica Rivas       | A.C                           |                    |
| Tamara Campos      | Asistente de Ciudad           |                    |
| Constanza Soto     | A.C                           |                    |
| Anis Navarrete     | COORDINADORA S.A.J            |                    |
| Hellen Renterías   | A.C                           |                    |
| Constanza González | Asistente Ciudad              |                    |
| Abundía Irujo      | A.C                           |                    |
| Mª José Cuevas     | A.C                           |                    |
| Patricia Martínez  | A.C y Psicóloga               |                    |
| Carmen Marchán     | Asistente de Ciudad           |                    |
|                    |                               |                    |
|                    |                               |                    |
|                    |                               |                    |
|                    |                               |                    |

| Nº | Temas a tratar en reunión            |
|----|--------------------------------------|
| 1  | Revisión de Cops                     |
| 2  | Registro de Atenciones en plataforma |
|    |                                      |
|    |                                      |
|    |                                      |

| Desarrollo |
|------------|
|            |
|            |
|            |

| Nº | Acuerdos / compromisos | Responsable | Plazos |
|----|------------------------|-------------|--------|
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |
|    |                        |             |        |



Fecha 19/06/2026 ✓

Hora 14:00 a 17:00

Comuna Padre Hurtado

Lugar de realización Oficina Kaplan Comuna 908.

## Participantes

| Nombre Apellido    | Cargo, institución o Programa |
|--------------------|-------------------------------|
| Kenserrat Aballay  | T.O                           |
| Rebeca Reyes       | Kinesióloga                   |
| Alison Aguillo     | Psicóloga                     |
| Carulo Donaire     | Kinesióloga                   |
| Diana Navarrete    | Coordinadora 3AD              |
| Ellen Fuentes      | AC                            |
| Constanza Góngora  | AC                            |
| Patricia Martínez  | AC                            |
| Alondra Leino      | AC                            |
| Marie Pre Adamo    | AC                            |
| Tamara Campos      | AC                            |
| Monica Turel       | AC                            |
| Constanza Soto     | AC                            |
| Eithy Perchem      | AC                            |
| Cristopher Morales | Gestor Comunitario            |
| Herman Le Duesne   | Encargado de la red           |
| Marcia Bahamondes  | Coordinadora SSEE             |

| N° | Temas a tratar en reunión  |
|----|----------------------------|
| 1  | retroalimentación de datos |
| 2  | gestión de casos           |
| 3  | organización de SSEE       |



Fecha

03-06-2026 ✓

Hora

15:00

Comuna

PAIME TURISMO

Lugar de realización

OFICINA RELAC

Participantes



PROGRAMA  
Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Nombre Apellido

Cargo, institución o Programa

Correo electrónico

|                             |                              |  |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| Anjel Delgado Flores        | AFI Programa Familia         |  |
| ELISA González Rojas        | AFI " "                      |  |
| Yosma Olguín Gutiérrez      | AFI " "                      |  |
| Sofía González Lara         | Monitora C. Vínculos         |  |
| Jael Morales Quezada        | Monitora C. Vínculos         |  |
| Natally González Delgado    | Representante Natally Perera |  |
| Jonathan Quiñones           | Ts PED infancia              |  |
| Naiara Castillo Vilor       | Coord. OLC                   |  |
| TAMARA Sepúlveda            | Ts. Proceso de los Ph        |  |
| Geraldine Gutiérrez         | Ts. SAPU Dupla Picoso        |  |
| Maurona Cabrera R.          | Ref. comunal participativa R |  |
| Carol Fuentes Riquelme      | T. Social CEFEM SED          |  |
| ARMANDO FRIEDMAN VILLALBA   | T. Social CEFEM SED          |  |
| Carmen G. Reyes             | T. Social Programa R         |  |
| TIARÉ CORNEJO LÓPEZ         | OMEF                         |  |
| Wendy Vela Torres           | OMEF                         |  |
| Diana Briones Carr          | Diseño - cargo cultural      |  |
| Gabriela Morales R          | Cespa Jau Pablo II 2/2       |  |
| DIAGNOSTICADOR MORNUS PLOSA | Gestor comunitario PPI       |  |
| Mauris Marnett              | Coordinadora SAD P           |  |
| Hernán Le Quevedo           | ENCARGADO RES LOCAL          |  |

| N° | Temas a tratar en reunión                                |
|----|----------------------------------------------------------|
| 1  | Actividad de lluvia de ideas 1 palabra o frase           |
| 2  | Actividad de lluvia de ideas con preguntas estructuradas |
|    |                                                          |
|    |                                                          |
|    |                                                          |
|    |                                                          |

Desarrollo

- Se da inicio a la reunión de red local, la que esta vez fue realizada solo por trabajadores/as, asistentes y técnicos sociales, debido a que son quienes, en su ejercicio de la actividad, realizan las acciones derivativas dentro de su desempeño de labores. Esta reunión tiene como objetivo poder conocer e identificar los nudos críticos dentro del proceso de derivación, cuales son las dificultades para realizar estas derivaciones, coordinación dentro de las derivaciones, los usuarios y mejoras que como mesa se puede levantar.
- 1. Se ejecuta una actividad mediante la lluvia de ideas, se plantea la siguiente pregunta: ¿Qué es lo más difícil hoy del trabajo en red? Cada uno de los participantes aportaron frases y palabras para definir esta pregunta, a modo de ejemplo: falta de comunicación, usuarios sin respuestas, derivaciones eternas, desconocimientos de la oferta, sobrecarga, etc.
- Se solicitará a estratificación social que puedan asistir a la próxima reunión de red y nos puedan orientar y capacitar en torno a las dificultades, diferencias y realidades que hoy tiene la Herramienta de Registros social de hogares.

Lazos: educación/gestión de casos/ compromiso  
OLN: retroalimentación/ respuesta y formalidad  
Familias: gestión/ límite de garantías sociales  
Salud 1 y 3: lista de espera  
Salud 5: red de apoyo  
OMEF: socialización y promoción de oferta local  
CIAM: lenguaje común/ oferta local  
SADE: desconocimiento de oferta local  
Salud JP2: socializar la información  
DIDESO: amiguismo  
Vínculos: salud mental  
P. acompañamiento: especialidades y acceso de horas  
PSDF: credencial de discapacidad  
Sector 2: alta demanda, espacio de atención

- 2. Se ejecuta una segunda lluvia de ideas, pero esta vez, se responden preguntas direccionadas las cuales se presentan directamente en la mesa, mediante debate abierto, se realizan las siguientes preguntas:

Derivaciones: ¿Qué dificultades exist...

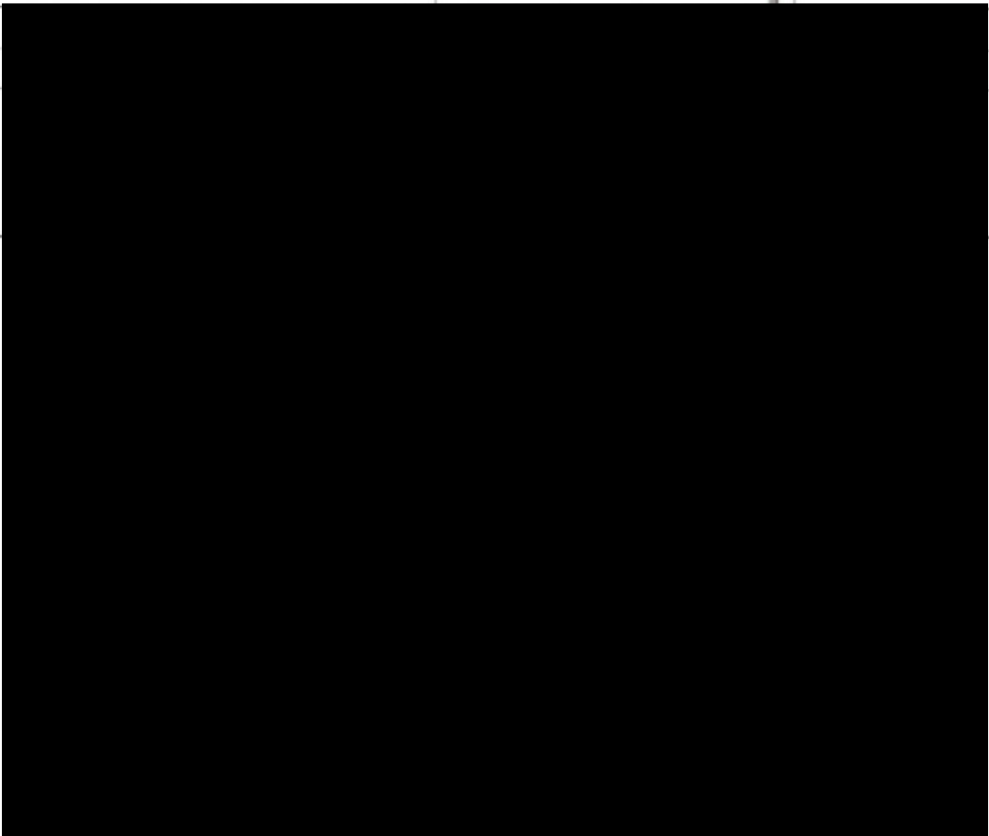


Derivaciones: se define principalmente en. el uso sin definición y educación en torno del uso de siglas que se utilizan dentro del lenguaje profesional, pero que no son definidas para el público lo que se traduce en desinformación para el usuario, educar en el uso correcto de los servicios y oferta local presente en la comuna, la solución a todo: que se traduce en dar a conocer que existen lineamientos de trabajo para los TS y que no cuentan con todas las respuestas o información en relación a la oferta programática de la comuna.

Coordinación: Limites dentro del sistema de atención APS, entender que la atención primaria no suple ninguna otra atención secundaria o terciaria del sistema de salud y que, en la mayoría de los casos, las especialidades que son demandadas por los usuarios no los presta el sistema de atención primaria de salud.

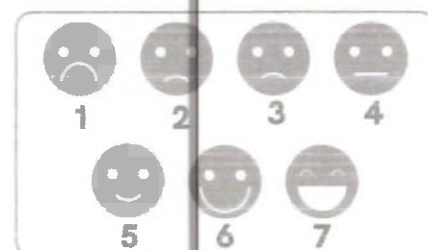
Usuarios: Mejorar la comunicación hacia el usuario con formas afectivas y comprensivas, pero también efectivas, que la gestión u orientación entregada, se traduzca en la solución hacia el usuario/a y no el peloteo de oficinas. La sobrecarga con la que muchos profesionales de los equipos están evidenciando, siendo en muchas ocasiones un nudo critico dentro del proceso de intervención. Realizar un filtro de información referente a los usuarios/as, considerando en varias ocasiones la sobre intervención, mal uso de recursos públicos, mal uso horas de salud, entre otras observaciones, mejorar el filtro con usuarios nos permitirá mejorar y agilizar la acción de derivación.

| N° | Acuerdos / compromisos                                                                              | Responsable | Plazos                          |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------|
| 1  | Se realizará una nueva reunión de asistencia bimestral                                              | PRLAC       | 05 de agosto de 2026 15:00r hrs |
| 2  | Se ejecutara la segunda parte de la actividad en la siguiente reunión                               | PRLAC       | 05 agosto de 2026 15:00 hrs     |
| 3  | Se solicitara a estratificación social (RSH) charla y orientación en torno esta herramienta publica | PRLAC       |                                 |
|    |                                                                                                     |             |                                 |
|    |                                                                                                     |             |                                 |
|    |                                                                                                     |             |                                 |
|    |                                                                                                     |             |                                 |
|    |                                                                                                     |             |                                 |



Red Local  
de Apoyos  
y CuidadosID Hogar 18623 PSDF ☒ CP ☐

Día 03 Mes 06 Año 26



PC N°16

## Encuesta de Satisfacción Usuaría

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.

¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- |                                                  |                                         |                                                         |                                                |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SAD          | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input checked="" type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería            |
| <input type="checkbox"/> Otro                    |                                         |                                                         |                                                |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

## Ayudas Técnicas

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bastón                     |
| <input type="checkbox"/> Andador                    |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar   |
| <input type="checkbox"/> Silla de ducha             |
| <input type="checkbox"/> Lavapelo                   |
| <input type="checkbox"/> Barras de apoyo            |
| <input type="checkbox"/> Alza WC                    |
| <input type="checkbox"/> WC portatil                |
| <input type="checkbox"/> Confeccion ayudas tecnicas |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones               |
| <input type="checkbox"/> Mantenciones               |

## Adaptaciones

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nivelación de pisos   |
| <input type="checkbox"/> Receptáculo de baño   |
| <input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos |
| <input type="checkbox"/> Rampas de acceso      |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas |

## Aseo personal

- |                                              |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crema piel sensible |
| <input type="checkbox"/> Cepillos de dientes |
| <input type="checkbox"/> Pastas de dientes   |
| <input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco |
| <input type="checkbox"/> Peine adaptado      |

- |                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jabón / jabon gel                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas |

## Artículos de cuidado

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gasa               |
| <input type="checkbox"/> Algodón            |
| <input type="checkbox"/> Alcohol            |
| <input type="checkbox"/> Cremas antiescaras |

## Indumentaria usuario/a

- |                                        |
|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ropa interior |
| <input type="checkbox"/> Ropa abrigo   |
| <input type="checkbox"/> Calzado       |
| <input type="checkbox"/> Pijama        |

## Alimentación complementaria

- |                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Suplementos alimenticios |
|--------------------------------------------------------------|

## Aseo vivienda/hogar

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpiapisos           |
| <input type="checkbox"/> Mopa o escobillón     |
| <input type="checkbox"/> Paños de limpieza     |
| <input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro |

## Equipamiento vivienda/hogar

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implementos de cocina      |
| <input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras |
| <input type="checkbox"/> Ropa de cama               |
| <input type="checkbox"/> Colchón                    |



hospital San Antonio



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



18643  
ID Hogar

PSDF ☒ CP ☒  
Quién Participó

07  
Día

06  
Mes

26  
Año

PC N°16

## Encuesta de Satisfacción Usuaría

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|   |   |   |   |
| 5 | 6 | 7 |   |

¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- |                                         |                                         |                                               |                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SAD | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional  | <input type="checkbox"/> Psicología |
| <input type="checkbox"/> Kinesiología   | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input checked="" type="checkbox"/> Podología | <input type="checkbox"/> Peluquería |
| <input type="checkbox"/> Otro           |                                         |                                               |                                     |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

### Ayudas Técnicas

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bastón                     |
| <input type="checkbox"/> Andador                    |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar   |
| <input type="checkbox"/> Silla de ducha             |
| <input type="checkbox"/> Lavapelo                   |
| <input type="checkbox"/> Barras de apoyo            |
| <input type="checkbox"/> Alza WC                    |
| <input type="checkbox"/> WC portátil                |
| <input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones               |
| <input type="checkbox"/> Mantenciones               |

### Adaptaciones

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nivelación de pisos   |
| <input type="checkbox"/> Receptáculo de baño   |
| <input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos |
| <input type="checkbox"/> Rampas de acceso      |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas |

### Aseo personal

- |                                              |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crema piel sensible |
| <input type="checkbox"/> Cepillos de dientes |
| <input type="checkbox"/> Pastas de dientes   |
| <input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco |
| <input type="checkbox"/> Peine adaptado      |

- |                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas |

### Artículos de cuidado

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gasa               |
| <input type="checkbox"/> Algodón            |
| <input type="checkbox"/> Alcohol            |
| <input type="checkbox"/> Cremas antiescaras |

### Indumentaria usuario/a

- |                                        |
|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ropa interior |
| <input type="checkbox"/> Ropa abrigo   |
| <input type="checkbox"/> Calzado       |
| <input type="checkbox"/> Pijama        |

### Alimentación complementaria

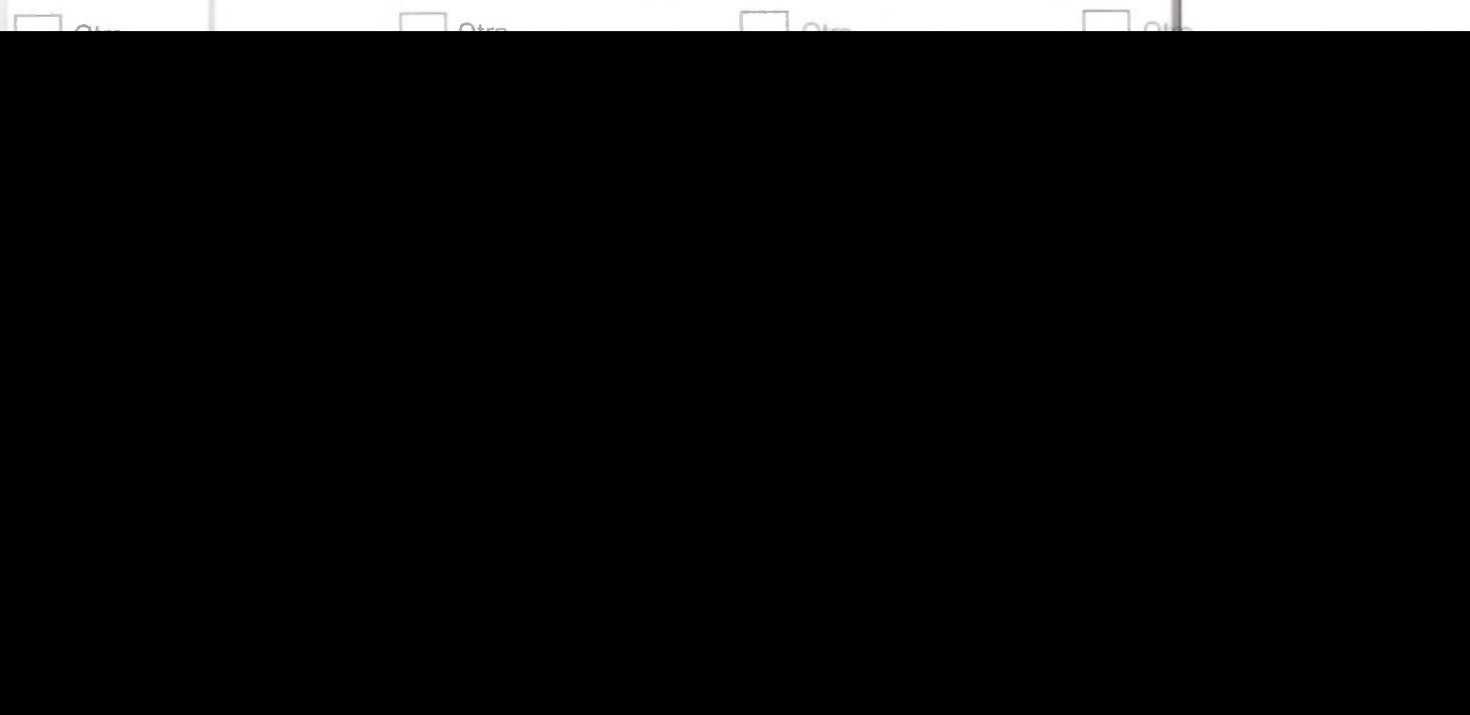
- |                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios |
|---------------------------------------------------|

### Aseo vivienda/hogar

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpiapisos           |
| <input type="checkbox"/> Mopa o escobillón     |
| <input type="checkbox"/> Paños de limpieza     |
| <input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro |

### Equipamiento vivienda/hogar

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implementos de cocina      |
| <input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras |
| <input type="checkbox"/> Ropa de cama               |
| <input type="checkbox"/> Colchón                    |



Corner spa



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



PC N°16

## Encuesta de Satisfacción Usuaría

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a **PSDF** o **CP** la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.

¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- |                                         |                                         |                                              |                                                |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SAD | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> Psicología |
| <input type="checkbox"/> Kinesiología   | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería            |
| <input type="checkbox"/> Otro           |                                         |                                              |                                                |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

### Ayudas Técnicas

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bastón                     |
| <input type="checkbox"/> Andador                    |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar   |
| <input type="checkbox"/> Silla de ducha             |
| <input type="checkbox"/> Lavapelo                   |
| <input type="checkbox"/> Barras de apoyo            |
| <input type="checkbox"/> Alza WC                    |
| <input type="checkbox"/> WC portatil                |
| <input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones               |
| <input type="checkbox"/> Mantenciones               |

### Adaptaciones

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nivelación de pisos   |
| <input type="checkbox"/> Receptáculo de baño   |
| <input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos |
| <input type="checkbox"/> Rampas de acceso      |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas |

### Aseo personal

- |                                              |
|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crema piel sensible |
| <input type="checkbox"/> Cepillos de dientes |
| <input type="checkbox"/> Pastas de dientes   |
| <input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco |
| <input type="checkbox"/> Peine adaptado      |

- |                                            |
|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel |
|--------------------------------------------|

- |                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas |
|------------------------------------------------------------|

### Artículos de cuidado

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gasa               |
| <input type="checkbox"/> Algodón            |
| <input type="checkbox"/> Alcohol            |
| <input type="checkbox"/> Cremas antiescaras |

### Indumentaria usuario/a

- |                                        |
|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ropa interior |
| <input type="checkbox"/> Ropa abrigo   |
| <input type="checkbox"/> Calzado       |
| <input type="checkbox"/> Pijama        |

### Alimentación complementaria

- |                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios |
|---------------------------------------------------|

### Aseo vivienda/hogar

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpiapisos           |
| <input type="checkbox"/> Mopa o escobillón     |
| <input type="checkbox"/> Paños de limpieza     |
| <input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro |

### Equipamiento vivienda/hogar

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implementos de cocina      |
| <input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras |
| <input type="checkbox"/> Ropa de cama               |
| <input type="checkbox"/> Colchón                    |

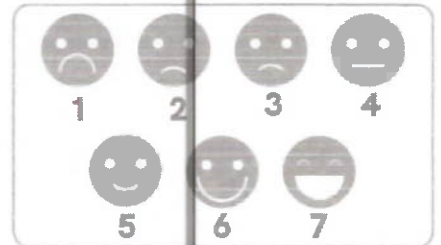
28-10-2021  
ID Hogar

PSDF ☒ CP ☐  
Quién Participó

15  
Día

06  
Mes

2021  
Año



Unidas S20



Red Local de Apoyos y Cuidados



SSS00  
ID Hogar

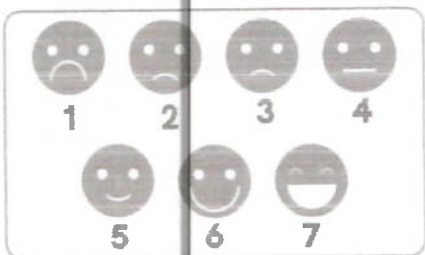
PSDF ☐ CP ☒  
Quién Participó

PC N°16

08 06 26  
Día Mes Año

Encuesta de Satisfacción Usuaría

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.  
• Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.  
• Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.

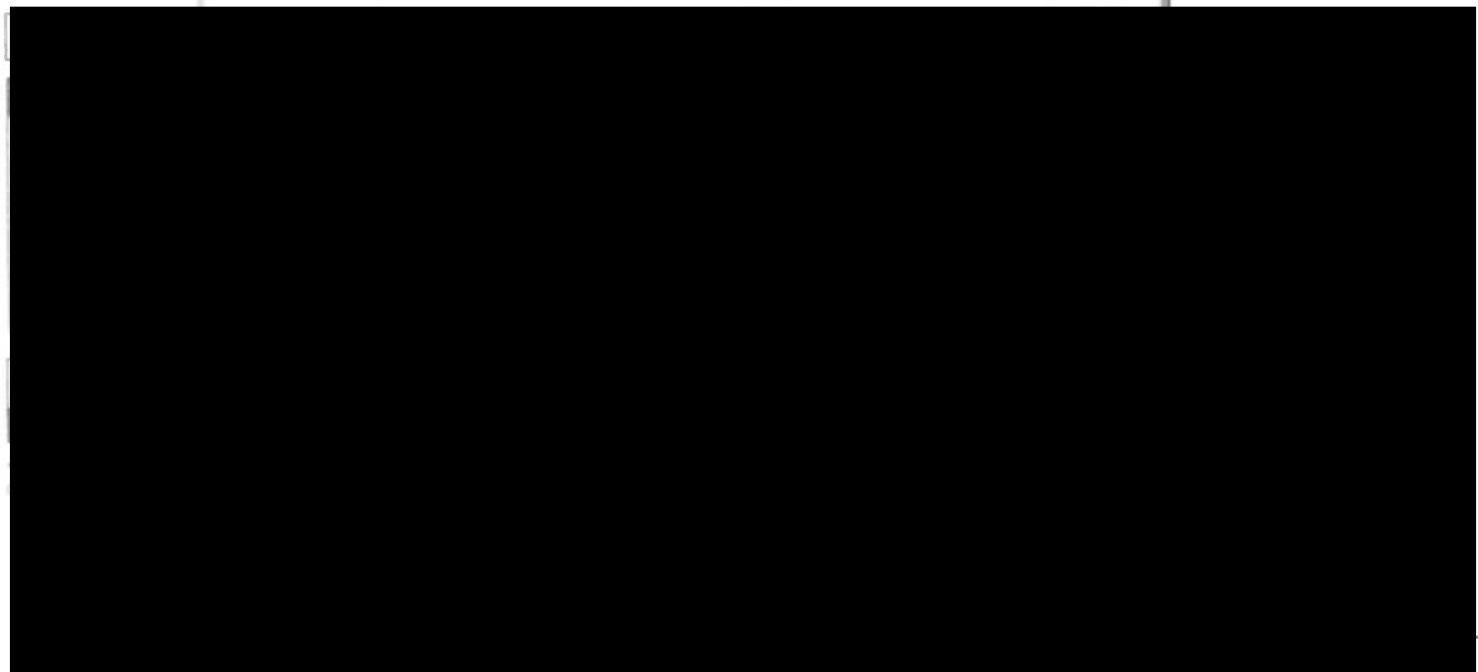


¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- |                                                    |                                         |                                              |                                     |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 7 SAD          | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6 Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería |
| <input type="checkbox"/> Otro                      |                                         |                                              |                                     |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

- |                                                     |                                                |                                                 |                                                     |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Ayudas Técnicas</b>                              | <b>Adaptaciones</b>                            | <input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel      | <b>Alimentación complementaria</b>                  |
| <input type="checkbox"/> Bastón                     | <input type="checkbox"/> Nivelación de pisos   | <input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas | <input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios   |
| <input type="checkbox"/> Andador                    | <input type="checkbox"/> Receptáculo de baño   | <b>Artículos de cuidado</b>                     | <b>Aseo vivienda/hogar</b>                          |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar   | <input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos | <input type="checkbox"/> Gasa                   | <input type="checkbox"/> Limpiapisos                |
| <input type="checkbox"/> Silla de ducha             | <input type="checkbox"/> Rampas de acceso      | <input type="checkbox"/> Algodón                | <input type="checkbox"/> Mopa o escobillón          |
| <input type="checkbox"/> Lavapelo                   | <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas | <input type="checkbox"/> Alcohol                | <input type="checkbox"/> Paños de limpieza          |
| <input type="checkbox"/> Barras de apoyo            | <b>Aseo personal</b>                           | <input type="checkbox"/> Cremas antiescaras     | <input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro      |
| <input type="checkbox"/> Alza WC                    | <input type="checkbox"/> Crema piel sensible   | <b>Indumentaria usuario/a</b>                   | <b>Equipamiento vivienda/hogar</b>                  |
| <input type="checkbox"/> WC portatil                | <input type="checkbox"/> Cepillos de dientes   | <input type="checkbox"/> Ropa interior          | <input type="checkbox"/> Implementos de cocina      |
| <input type="checkbox"/> Confeccion ayudas técnicas | <input type="checkbox"/> Pastas de dientes     | <input type="checkbox"/> Ropa abrigo            | <input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones               | <input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco   | <input type="checkbox"/> Calzado                | <input type="checkbox"/> Ropa de cama               |
| <input type="checkbox"/> Mantenciones               | <input type="checkbox"/> Peine adaptado        | <input type="checkbox"/> Pijama                 | <input type="checkbox"/> Colchón                    |



Ricardo Fuentes



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



55522  
ID Hogar

PSDF ☐

CP ☒

Quién Participó

11  
Día

06  
Mes

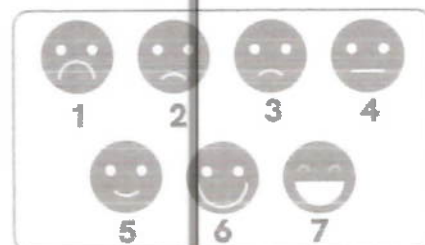
26  
Año

PC N°16

## Encuesta de Satisfacción Usuaría

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a **PSDF** o **CP** la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.



¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

- |                                                    |                                         |                                              |                                                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 6 SAD          | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5 Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería            |
| <input type="checkbox"/> Otro                      |                                         |                                              |                                                |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

### Ayudas Técnicas

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bastón                     |
| <input type="checkbox"/> Andador                    |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas estándar   |
| <input type="checkbox"/> Silla de ducha             |
| <input type="checkbox"/> Lavapelo                   |
| <input type="checkbox"/> Barras de apoyo            |
| <input type="checkbox"/> Alza WC                    |
| <input type="checkbox"/> WC portátil                |
| <input type="checkbox"/> Confección ayudas técnicas |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones               |
| <input type="checkbox"/> Mantenciones               |

### Adaptaciones

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nivelación de pisos   |
| <input type="checkbox"/> Receptáculo de baño   |
| <input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos |
| <input type="checkbox"/> Rampas de acceso      |
| <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas |

### Aseo personal

- |                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Crema piel sensible            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cepillos de dientes |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pastas de dientes   |
| <input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco            |
| <input type="checkbox"/> Peine adaptado                 |

- |                                            |
|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel |
|--------------------------------------------|

- |                                                 |
|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas |
|-------------------------------------------------|

### Artículos de cuidado

- |                                             |
|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gasa               |
| <input type="checkbox"/> Algodón            |
| <input type="checkbox"/> Alcohol            |
| <input type="checkbox"/> Cremas antiescaras |

### Indumentaria usuario/a

- |                                        |
|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ropa interior |
| <input type="checkbox"/> Ropa abrigo   |
| <input type="checkbox"/> Calzado       |
| <input type="checkbox"/> Pijama        |

### Alimentación complementaria

- |                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios |
|---------------------------------------------------|

### Aseo vivienda/hogar

- |                                                |
|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Limpiapisos           |
| <input type="checkbox"/> Mopa o escobillón     |
| <input type="checkbox"/> Paños de limpieza     |
| <input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro |

### Equipamiento vivienda/hogar

- |                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implementos de cocina      |
| <input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras |
| <input type="checkbox"/> Ropa de cama               |
| <input type="checkbox"/> Colchón                    |



pre Apuro



Red Local de Apoyos y Cuidados



18267  
ID Hogar

PSDF ☒ CP ☐  
Quién Participó

10  
Día

06  
Mes

26  
Año

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|   |   |   |   |
| 5 | 6 | 7 |   |

# PC N°16

## Encuesta de Satisfacción Usuaría

El instrumento que se presenta aplica tanto para SAD como para SS.EE.

- Califique en el cuadrado con una nota de 1 a 7, donde 1 es insuficiente y 7 es muy bueno.
- Para facilitar la comprensión, presente a PSDF o CP la siguiente imagen, y califique según la escala en el recuadro correspondiente: servicio o insumo.

¿Qué tan útil fue para usted el servicio entregado?

|                                                  |                                         |                                                         |                                                |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SAD          | <input type="checkbox"/> Nutrición      | <input checked="" type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> Psicología |
| <input checked="" type="checkbox"/> Kinesiología | <input type="checkbox"/> Fonoaudiología | <input checked="" type="checkbox"/> Podología           | <input type="checkbox"/> Peluquería            |
| <input type="checkbox"/> Otro                    |                                         |                                                         |                                                |

¿Cómo evaluaría el insumo o especie entregada?

|                                                     |                                                |                                                 |                                                     |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Ayudas Técnicas</b>                              | <b>Adaptaciones</b>                            | <input type="checkbox"/> Jabón / jabón gel      | <b>Alimentación complementaria</b>                  |
| <input type="checkbox"/> Baston                     | <input type="checkbox"/> Nivelación de pisos   | <input type="checkbox"/> Pañales y/o sabanillas | <input type="checkbox"/> Suplementos alimenticios   |
| <input type="checkbox"/> Andador                    | <input type="checkbox"/> Receptáculo de baño   | <b>Artículos de cuidado</b>                     | <b>Aseo vivienda/hogar</b>                          |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas estandar   | <input type="checkbox"/> Pasamanos de pasillos | <input type="checkbox"/> Gasa                   | <input type="checkbox"/> Limpiapisos                |
| <input type="checkbox"/> Silla de ducha             | <input type="checkbox"/> Rampas de acceso      | <input type="checkbox"/> Algodón                | <input type="checkbox"/> Mopa o escobillon          |
| <input type="checkbox"/> Lavapelo                   | <input type="checkbox"/> Ampliación de puertas | <input type="checkbox"/> Alcohol                | <input type="checkbox"/> Paños de limpieza          |
| <input type="checkbox"/> Barras de apoyo            | <b>Aseo personal</b>                           | <input type="checkbox"/> Cremas antiescaras     | <input type="checkbox"/> Desinfectante y cloro      |
| <input type="checkbox"/> Alza WC                    | <input type="checkbox"/> Crema piel sensible   | <b>Indumentaria usuario/a</b>                   | <b>Equipamiento vivienda/hogar</b>                  |
| <input type="checkbox"/> WC portatil                | <input type="checkbox"/> Cepillos de dientes   | <input type="checkbox"/> Ropa interior          | <input type="checkbox"/> Implementos de cocina      |
| <input type="checkbox"/> Confeccion ayudas técnicas | <input type="checkbox"/> Pastas de dientes     | <input type="checkbox"/> Ropa abrigo            | <input type="checkbox"/> Mobiliario con escotaduras |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones               | <input type="checkbox"/> Shampoo lavado seco   | <input type="checkbox"/> Calzado                | <input type="checkbox"/> Ropa de cama               |
| <input type="checkbox"/> Mantenciones               | <input type="checkbox"/> Peine adaptado        | <input type="checkbox"/> Pijama                 | <input type="checkbox"/> Colchón                    |

Jose Aguilera



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



PC N°08

## Plan de Cuidados

18261  
ID Hogar

10/06/26  
Fecha entrega. Día y Mes y Año

Estimada/o Jose Aguilera (nombre de la persona o NNA en situación de dependencia), y Estimada/o \_\_\_\_\_ (nombre de la persona cuidadora), de acuerdo

con los resultados del Instrumento de Validación, se identifica que cumplen con los requisitos de acceso al servicio. Le damos una cordial bienvenida al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Con la firma de este documento, se formaliza su ingreso al programa, el cual busca contribuir al bienestar y la calidad de vida de ambos integrantes, proporcionando servicios de apoyos y cuidados orientados a responder a las necesidades tanto de la persona en situación de dependencia funcional como de su cuidador/a principal, asegurando una atención integral que se otorgará por 12 meses.

A continuación, se describen los derechos y deberes que se deben cumplir durante su participación en el programa, así como también contar con el consentimiento para la aplicación de instrumentos y el registro de información personal, familiar, social, y de salud, atinente al servicio.

### DERECHOS DE USUARIO/A

- Ser informado/a sobre las características de los servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal, familiar e individualidad.
- Recibir los servicios en días y horas programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de la atención recibida.
- Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten la provisión de servicios o prestaciones.
- Comunicarse con la Coordinación del servicio para dudas, horarios o cualquier problema que le afecta, en el marco del programa.

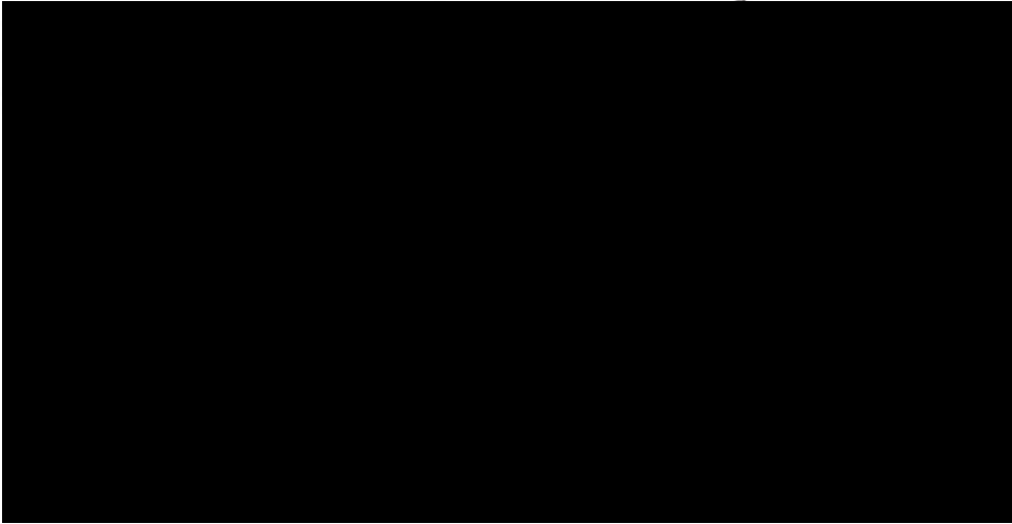
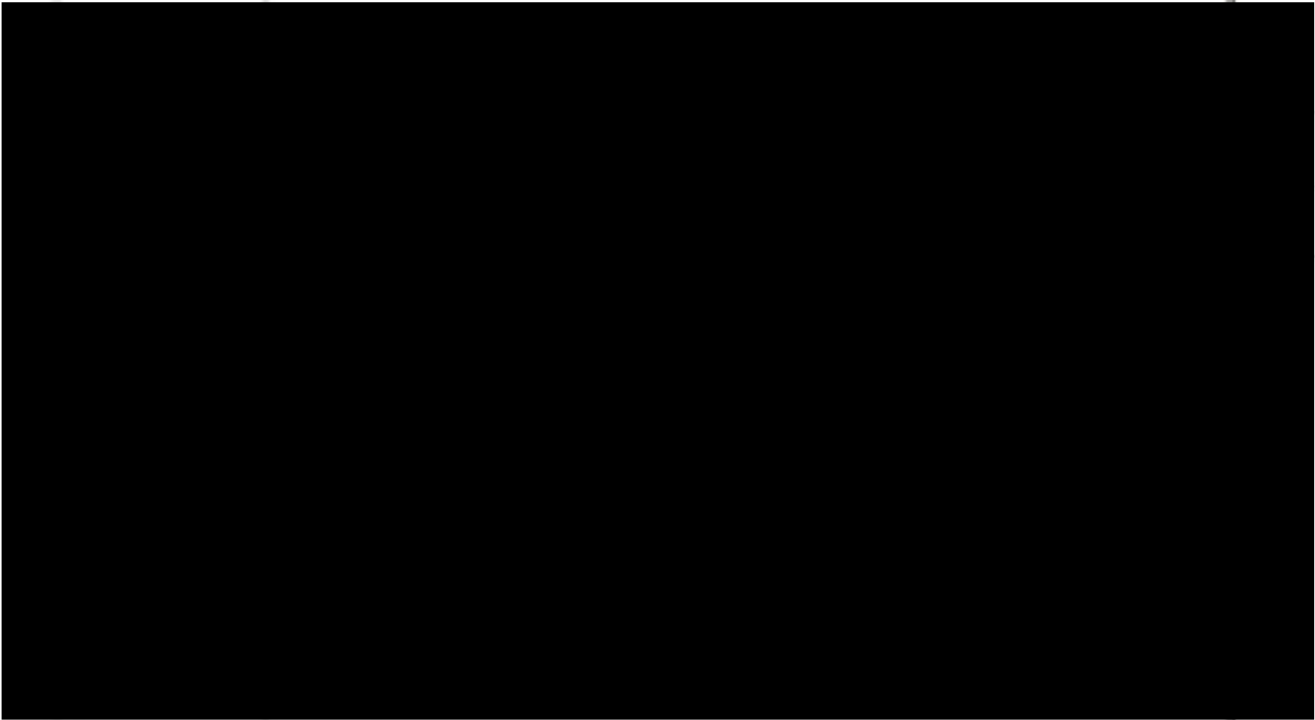
### DEBERES DE USUARIO/A

- Facilitar el acceso al domicilio de los/as Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as para la entrega de las prestaciones y servicios correspondientes.
- Apoyar el trabajo que desarrolle el equipo de trabajo.
- Informar cambios, imprevistos o emergencias.
- Mantener un trato respetuoso y cordial.
- Proporcionar la información necesaria para la atención.
- No ofrecer dinero, regalos ni favores.



El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el programa.

Yo, Sí ☒ (X) No ☐ (X) estoy de acuerdo con los derechos y deberes mencionados, y con mi participación en el programa, así como también valida la aplicación de instrumentos que levantarán información social de nuestra familia durante el proceso de intervención, la cual será utilizada por el programa.





Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados

Chile  
Cuida

PC N°08

Plan de Cuidados

87760  
ID Hogar

03/06/26  
Fecha entrevista: Día / Mes / Año

Estimada/o Juan Gallardo (nombre de la persona o NNA en situación de dependencia), y Estimada/o Elvira Rivera (nombre de la persona cuidadora), de acuerdo con los resultados del Instrumento de Validación, se identifica que cumplen con los requisitos de acceso al servicio. Le damos una cordial bienvenida al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Con la firma de este documento, se formaliza su ingreso al programa, el cual busca contribuir al bienestar y la calidad de vida de ambos integrantes, proporcionando servicios de apoyos y cuidados orientados a responder a las necesidades tanto de la persona en situación de dependencia funcional como de su cuidador/a principal, asegurando una atención integral que se otorgará por 12 meses.

A continuación, se describen los derechos y deberes que se deben cumplir durante su participación en el programa, así como también contar con el consentimiento para la aplicación de instrumentos y el registro de información personal, familiar, social, y de salud, atinente al servicio.

#### DERECHOS DE USUARIO/A

- Ser informado/a sobre las características de los servicios y prestaciones.
- Ser tratado/a con respeto y profesionalismo, sin discriminación.
- Respeto de su intimidad personal, familiar e individualidad.
- Recibir los servicios en días y horas programados según acuerdo.
- Expresar su opinión respecto de la atención recibida.
- Garantizar su participación en actividades que le involucren.
- Ser informado/a oportunamente sobre eventos que afecten la provisión de servicios o prestaciones.
- Comunicarse con la Coordinación del servicio para dudas, horarios o cualquier problema que le afecta, en el marco del programa.

#### DEBERES DE USUARIO/A

- Facilitar el acceso al domicilio de los/as Asistentes de Cuidado, profesionales y/o técnicos/as para la entrega de las prestaciones y servicios correspondientes.
- Apoyar el trabajo que desarrollarán los/as Asistentes de Cuidado y profesionales en su domicilio o en el lugar informado.
- Informar cambios, imprevistos o situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los horarios o su participación en el servicio.
- Mantener un trato respetuoso hacia los/as prestadores/as del servicio.
- Proporcionar la información necesaria para la correcta atención.
- No ofrecer dinero, regalos ni préstamos de ninguna especie.



**El incumplimiento de estos acuerdos puede significar el término de participación en el programa.**

Yo, Si ☒ (X) No ☐ (X) estoy de acuerdo con los derechos y deberes mencionados, y con mi participación en el programa, así como también valido la aplicación de instrumentos que levantarán información social de nuestra familia durante el proceso de intervención, la cual será utilizada por el programa.

[Redacted Signature Area]



[Redacted Signature Area]



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



18261  
ID Hogar

Andrés Galva  
Nombre Hogar

SAD N°05

## Compromiso de Participación

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el asistente de cuidado hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas.

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la/el asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

☒ Higiene y cuidado personal ☒ Actividades de participación e inclusión social ☒ Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

☒ Sí, estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo en recibir el servicio

Confirmación de horarios

Observaciones



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



SAD N°05

## Compromiso de Participación

87760  
ID Hogar

Quiero Rancallo  
Nombre Hogar

Le damos la bienvenida al Servicio de Atención Domiciliaria que se ejecuta en la comuna, a cargo de la Municipalidad de Padre Hurtado. Esta carta, establece su compromiso de participación en el servicio y su consentimiento para consultar y registrar información personal, familiar, social, y de salud, atinente al servicio, además acepta la realización de actividades de cuidado por parte de la/el asistente de cuidado hacia la persona en situación de dependencia estando en pleno conocimiento de estas.

Aceptamos el apoyo y acompañamiento de la/el asistente de cuidado en la realización de las siguientes actividades, así como también estamos en conocimiento que en ningún contexto hago responsable al equipo del programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

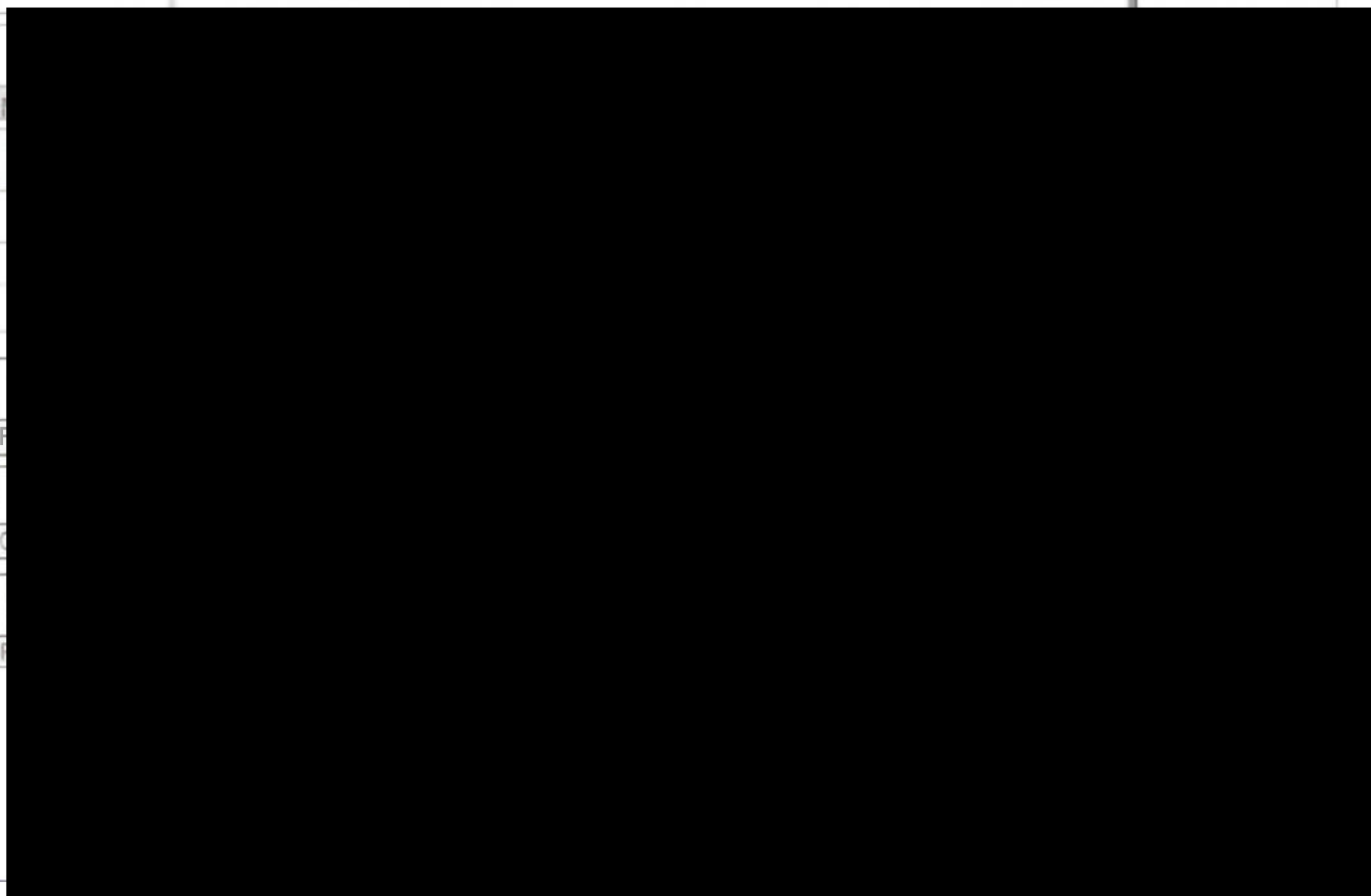
☒ Higiene y cuidado personal ☐ Actividades de participación e inclusión social ☒ Administración de medicamentos (con prescripción médica)

Estoy de acuerdo con recibir el servicio en mi hogar y acepto proporcionar la información personal, familiar, social, de salud u otra que sea requerida para el buen desempeño de este, así como también con las actividades marcadas a realizar por la Asistente de Cuidados.

☒ Sí, estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo en recibir el servicio

### Confirmación de horarios

Observaciones





Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



PC N°09

## Actualización Plan de Cuidados

En este formato consigne los cambios que impliquen la actualización del Plan de Cuidados. Una vez marcada la casilla, describa en las observaciones el detalle del cambio, por ejemplo, causas del cambio de cuidador/a principal o del cambio en la composición familiar, nombre de la nueva persona cuidadora o del nuevo integrante del hogar, entre otros.

Cambio cuidador/a principal

☐

Cambio en la composición familiar

☐

Finalización de servicios y/o prestaciones

☐

Nuevos servicios y/o prestaciones

☒

| Servicio o prestación           | PSDF-CP | PRLAC - Oferta Local |
|---------------------------------|---------|----------------------|
| Servicio de Atención Domiciliar | PSDF    | PRLAC                |
|                                 |         |                      |
|                                 |         |                      |





Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



PC N°09

## Actualización Plan de Cuidados

En este formato consigne los cambios que impliquen la actualización del Plan de Cuidados. Una vez marcada la casilla, describa en las observaciones el detalle del cambio, por ejemplo, causas del cambio de cuidador/a principal o del cambio en la composición familiar, nombre de la nueva persona cuidadora o del nuevo integrante del hogar, entre otros.

Cambio cuidador/a principal

☐

Cambio en la composición familiar

☐

Finalización de servicios y/o prestaciones

☐

Nuevos servicios y/o prestaciones

☐

| Servicio o prestación             | PSDF-CP | PRLAC - Oferta Local |
|-----------------------------------|---------|----------------------|
| Servicio de Atención Domiciliaria | CP.     | PRLAC                |
| PD - P/S - AS - CD + PD           | PSDF    | PRLAC                |
|                                   |         |                      |

### Observaciones



Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



18261  
ID Hogar

10  
Día

06  
Mes

26  
Año

SAD N°06

## Acta de Supervisión

Hellen Fuentes  
Nombre Asistente de Cuidado

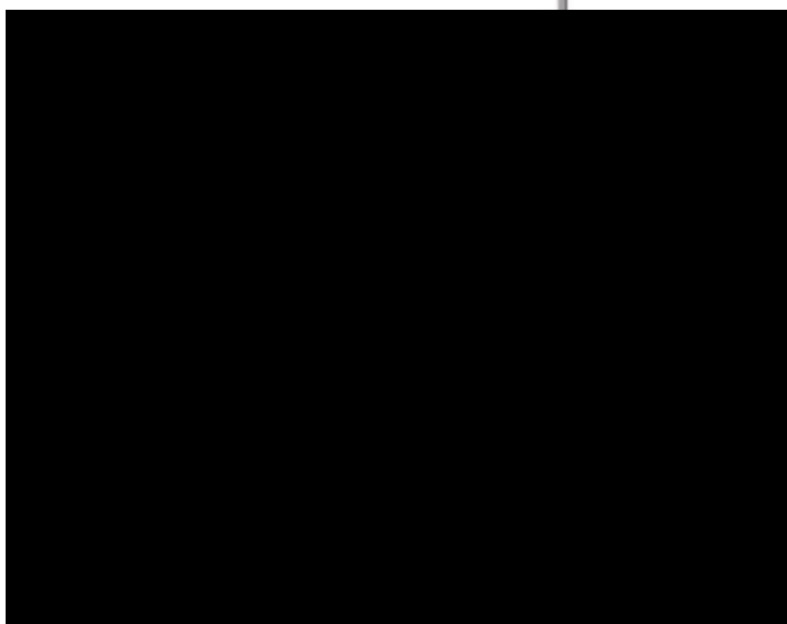
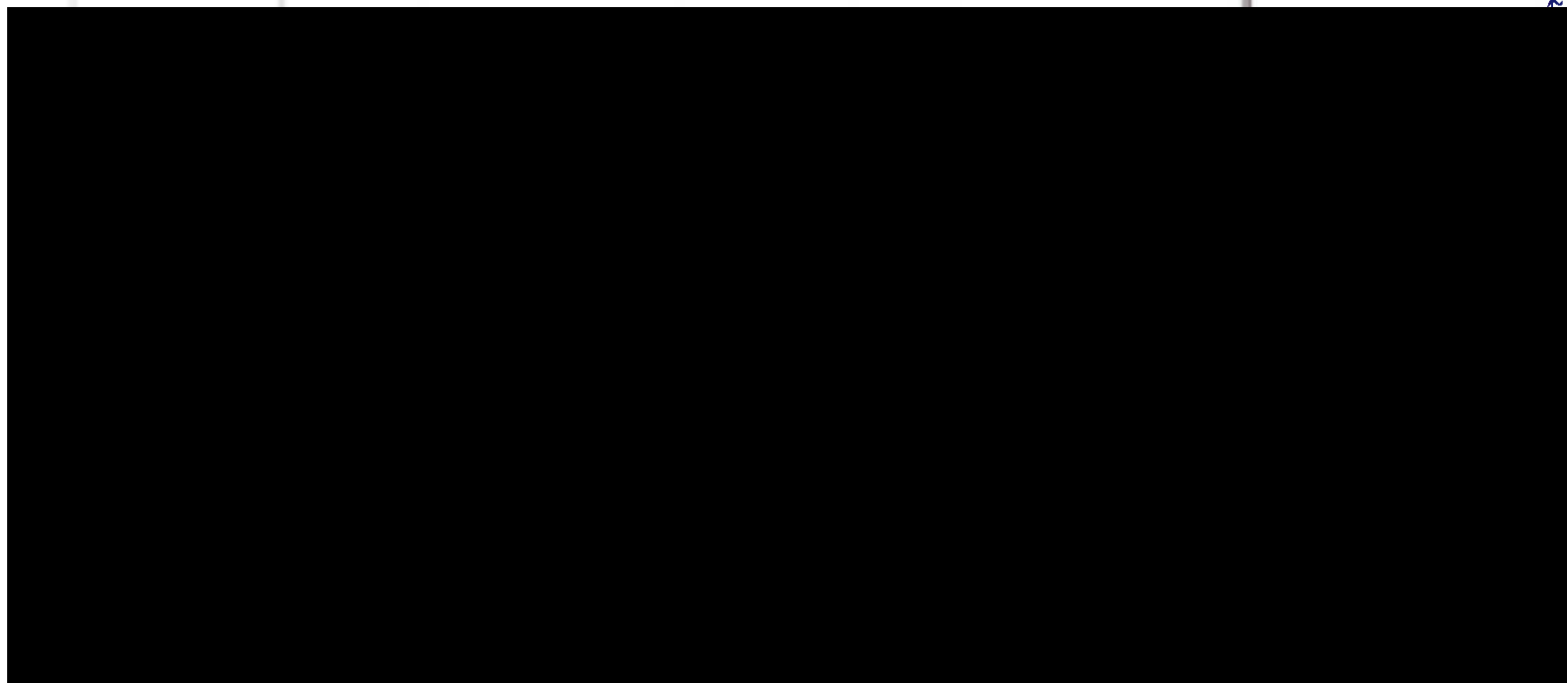
### Modalidad supervisión

☒ Supervisión en terreno del Asistente → ☒ Planificada ☐ No Planificada  
☐ Entrevista a beneficiarios/as

José Aguilera  
En caso de entrevista a personas beneficiarias, indicar nombre de la/el entrevistado

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe consignar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar algún ítem, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información ya que no aplica evaluar aquellos ítems.

| N° Ámbitos de Supervisión                  |                                            | Supervisión en terreno a la Asistente | Entrevista a beneficiario/a |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1 Normas administrativas y de presentación |                                            |                                       |                             |
| 1.1                                        | Cumple con la hora de entrada al domicilio | N/A                                   | Si                          |
| 1.2                                        | Cumple con horario de salida del domicilio | N/A                                   | Si                          |
| 1.3                                        | Tiene sus bitacoras al día                 | Si                                    | N/A                         |
| 1.4                                        | Utiliza pelo tomado y ordenado             | Si                                    | N/A                         |
| 1.5                                        | Utiliza unas cortas y sin esmalte          | Si                                    | N/A                         |
| 1.6                                        | Se presenta sin olor a tabaco en el        |                                       |                             |





Red Local  
de Apoyos  
y Cuidados



87760  
ID Hogar

M  
Día

06  
Mes

26  
Año

SAD N°06

## Acta de Supervisión

Constanza Soto  
Nombre Asistente de Cuidado

### Modalidad supervisión

☒ Supervisión en terreno del Asistente → ☒ Planificada ☐ No Planificada  
☐ Entrevista a beneficiarios/as

Elena Rivera  
En caso de entrevista a personas beneficiarias, indicar nombre de la/el entrevistado

- Dependiendo de la modalidad de supervisión, para cada ítem a evaluar se debe consignar si cumple o no cumple con el estándar esperado.
- En caso de existir imposibilidad de supervisar algún ítem, se debe consignar como "No Observado".
- En los casilleros N/A no se debe ingresar información ya que no aplica evaluar aquellos ítems.

| N°  | Ámbitos de Supervisión                        | Supervisión en terreno a la Asistente | Entrevista a beneficiario/a |
|-----|-----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1   | Normas administrativas y de presentación      |                                       |                             |
| 1.1 | Cumple con la hora de entrada al domicilio    | N/A                                   | S                           |
| 1.2 | Cumple con horario de salida del domicilio    | N/A                                   | S                           |
| 1.3 | Tiene sus bitácoras al día                    | S                                     | N/A                         |
| 1.4 | Utiliza pelo tomado y ordenado                | S                                     | N/A                         |
| 1.5 | Utiliza unas cortas y sin esmalte             |                                       |                             |
| 1.6 | Se presenta sin olor a tabaco en el domicilio |                                       |                             |

